

# Tiết Lộ Thông Tin (ROI) về Các Dịch Vụ Điều Trị Rối Loạn Do Lạm Dụng Chất Gây Nghiện (SUD)

Tôi, Tên thân chủ, Ngày sinh, do đó, cho phép Nhà cung cấp/Tổ chức tiết lộ cho:

**Tên cơ quan/nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe** **Thông tin liên hệ**

Để giao tiếp và tiết lộ cho một người khác thông tin sau đây: (bản chất của thông tin, càng hạn chế càng tốt)

## Đánh dấu vào mỗi mục áp dụng:

<input type="checkbox"/> Nhân khẩu học	<input type="checkbox"/> Nồng độ cồn trong máu	<input type="checkbox"/> Kt quả xét nghiệm trong phòng lab & chẩn đoán khác
<input type="checkbox"/> Kt quả thăm định/tầm soát	<input type="checkbox"/> Thuốc điều trị	<input type="checkbox"/> Bản tóm tắt xuất viện
<input type="checkbox"/> Kt quả phân tích nước tiểu	<input type="checkbox"/> Tình trạng/tuần thủ Tx	<input type="checkbox"/> Đề nghị Tx
<input type="checkbox"/> Tham dự	<input type="checkbox"/> Thông tin liên quan đến việc làm	<input type="checkbox"/> Thông tin liên quan đến huấn luyện và giáo dục
<input type="checkbox"/> Khác:		

**Mục đích của việc tiết lộ:** (nhập lý do, có nghĩa là yêu cầu của thân chủ, sự phối hợp các dịch vụ, khoản chi trả dịch vụ, v.v.)

Tôi hiểu rằng hồ sơ điều trị nghiện rượu bia và/hoặc ma túy của tôi được bảo vệ theo các quy định liên bang bao gồm Bảo Mật Hồ Sơ Bệnh Nhân Lạm Dụng Rượu Bia và Ma Túy, Các Quy Định Của Bộ Luật Liên Bang (CFR) Tiêu Đề 42 Phần 2 và Đạo Luật Về Trách Nhiệm Giải Trình Và Cung Cấp Bảo Hiểm Y Tế năm 1996 (HIPAA), 45 CFR, Phần 160 và 164, và không thể được tiết lộ mà không có sự đồng ý bằng văn bản của tôi trừ khi mật khác được cung cấp theo các quy định. Tôi cũng hiểu rằng tôi có thể hủy bỏ sự đồng ý này vào bất kỳ lúc nào ngoại trừ trong phạm vi hành động đã được thực hiện dựa trên hành động này và trong bất kỳ trường hợp nào, sự đồng ý này sẽ tự động hết hạn như sau:

## Nêu cụ thể ngày, sự kiện hoặc điều kiện mà sự đồng ý này hết hạn. Đánh dấu vào mỗi mục áp dụng:

Ngày mà các phúc lợi trợ cấp công cộng/trợ cấp y tế chấm dứt, hoặc

Khác: (Nêu rõ ngày sớm hơn nếu được quy định theo luật pháp)

Chữ ký bệnh nhân

Ngày

Chữ ký phụ huynh, người giám hộ hoặc đại diện được ủy quyền (khi bắt buộc)

Ngày

## Thông Báo Nghiêm Cấm Tiết Lộ Lại Thông Tin Điều Trị Nghiện Rượu Bia hoặc Ma Túy Nghiêm Cấm Tiết Lộ Lại Thông Tin Mật

Thông báo này kèm thêm việc tiết lộ thông tin liên quan đến một thân chủ đang điều trị nghiện rượu bia/ma túy, đã được gửi cho quý vị với sự đồng ý của thân chủ này. Thông tin này đã được tiết lộ cho quý vị từ các hồ sơ được bảo vệ theo các luật bảo mật của liên bang, Các Quy Định Của Bộ Luật Liên Bang (CFR) Tiêu Đề 42, Phần 2. Các luật liên bang nghiêm cấm quý vị tiết lộ thêm bất kỳ mục nào của thông tin này trừ khi việc tiết lộ thêm được cho phép tuyệt đối bằng văn bản đồng ý của người có liên quan hoặc về mặt cách khác còn được cho phép bởi CFR Tiêu Đề 42 Phần 2. Sự cho phép chung về việc tiết lộ thông tin y tế hoặc thông tin khác là **KHÔNG** đủ cho mục đích này. Các luật Liên Bang nghiêm cấm bất kỳ việc sử dụng thông tin nào để điều tra tội phạm hoặc truy tố bất kỳ bệnh nhân nào lạm dụng ma túy hoặc rượu bia.